

Søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med ALS (Amyotrofisk lateralsklerose)

(Side 1 og 2 fylles ut av søker, side 3 av legen) Søknadsfrist 15. oktober for reiser januar/februar/mars påfølgende år.

Alle felt må fylles ut for at søknaden skal bli behandlet

Søkers navn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse:	Kjønn:
Postnummer/sted:	Kvinne Mann
E-postadresse:	Mobil:
Fastlege (navn, adresse, telefon):	
Er du i arbeid? Ja Nei	Kan du kommunisere på skandinavisk? Ja Nei
Funksjonsnivå: Kan du gå i trapper? Ja Nei Hvor langt kan du gå? Har du behov for rullestol assistanse på flyplassene? Ja Nei Hvilke hjelpemidler bruker du: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> Ja Nei Medbringes Medbringes ikke </div> Rullator/prekestol Krykker/staver CPAP/ BIPAP/ VPAP Manuell rullestol Manuell rullestol m/ hjelpemotor Elektrisk rullestol Vi gjør oppmerksom på at elektriske rullestoler/manuelle rullestoler med hjelpemotor MÅ ha batteri som er godkjent for fly. Krysser du av for å medbringe rullestol må mål, vekt og batteritype oppgis: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> Tørrcellebatteri Gelebatteri Lithiumbatteri </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> v/lithiumbatteri må Volt og Ampere oppgis - Volt Ampere </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> Lengde Bredde Høyde Vekt </div> Hvis du medbringer rullestol, hva trenger du hjelp til? Hjelp frem til utgangen til flyet (gaten) Ja Nei Hjelp frem til flydøra Ja Nei Hjelp frem til flysete Ja Nei	Hjelpebehov under oppholdet i forbindelse med: <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-right: 20px;"> Ja Nei </div> Måltidene Personlig hygiene Av / påkledning Forflytning Andre hjelpebehov, spesifiser: Vintersol har elektriske scootere for utlån. Utgifter til leie må du dekke selv. KUN ett kryss. Må leie elektrisk scooter: Ja Ønsker å leie elektrisk scooter: Ja

Har du noen andre sykdommer i tillegg til ALS? Hvis ja, hvilke:

Er du allergisk? Hvis ja, for hva:

Har du behov for diett? Hvis ja, hvilken?: Glutenfri Laktosefri Diabeteskost
(Det er kun dietter av medisinsk årsak som tilbys)

På hvilken måte hemmes du av din sykdom?

Har du muskelsvakhet, spastisitet og/eller smerter i deler av kroppen? Hvor?
Strever du med pusteproblemer, svelgvansker, talevansker, tretthet?

Hva er din målsetning for behandlingsoppholdet?

Et behandlingsopphold vil innebære 2 aktive behandlinger daglig; individuell fysioterapi og bassengtrening. I tillegg gruppetreninger etter behov. Beskriv hva du har av evt. trenings- og fysioterapiprogram i dag og hva du forventer av et behandlingsopphold i utlandet?

Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger hvis dette er nødvendig ved behandling av søknaden din? Ja Nei

Tidsperiode du **IKKE** kan reise

Dato: ____/____/20____

Søkers underskrift

